Aus der Frauenklinik Professor Dr. Schubert in Beuthen OS.

Heilung

des Scheiden-Gebärmuttervorfalles durch Rinderfaszientransplantation nach Schubert

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades in der Medizin und Chirurgie

Der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Fritz Nieslony
Frauenarzt in Gleiwitz OS.

1939

Druck: Schlesische Verlagsanstalt und Druckerei Karl Klossok, K.-G., Breslau 1, Hummerei 39-42

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

Referent: Prof. Dr. Schultze-Rhonhof
Dekan: Prof. Dr. Gutzeit

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Frau Charlotte
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542706_0142

Der Scheiden-Gebärmuttervorfall in seinen verschiedenen Stadien gehört zu den häufigsten Frauenleiden. Man versteht unter Prolaps das Heraustreten der ganzen oder häufig nur eines Teiles der Gebärmutter und der Scheidenwand aus den äußeren Genitalien. Nach Küstner ist als Ursache des Prolapses die Insuffiziens der im Parametrium von der Beckenfascie zur Cervix verlaufenden bindegewebigen und faszialen Haftapparate des Uterus anzusehen. Zumeist geht diesem Zustand eine Erschlaffung des Bandapparates voraus, die zunächst zu einer Lageanomalie des Uterus führt, der Retroversio-flexio. Bei der normalen Anteflexio des Uterus wirkt der intraabdominelle Druck auf die obere Wand des Uterus und verstärkt dadurch noch die normale Haltung. Dagegen bei der Retroversio-flexio drückt der intraabdominelle Druck gegen die der Blase zugewandte Wand des Uterus und preßt diesen aus dem Becken heraus. Dies geschieht besonders bei Verstärkung des intraabdominellen Druckes, bei Ingangsetzen der Bauchpresse, bei körperlichen Arbeiten usw. Daher ist in der Retroversionsstellung ein auslösendes und treibendes Agens für das Entstehen des Scheiden-Gebärmuttervorfalles zu sehen. Anfangs gelingt es noch, den insufficienten Haftapparat durch den Hilfsapparat in Gestalt der muskulären, faszialen und peritonealen Elemente zu stützen, so daß der Uterus wenigstens im Becken bleibt. Allmählich lassen aber auch diese nach, und es kommt zu einem mehr oder weniger starken Grad der Senkung und des Vorfalles. Dies ist ein Vorgang, der sich über längere Zeit hinziehen kann und in seiner Schwere von den Schädlichkeiten abhängt, die den ständigen intraabdominellen Druck verstärken. Infolgedessen sieht man große Prolapse besonders häufig in den Schichten der körperlich schwer arbeitenden Frauen. Begünstigend für die Entstehung des Prolapses ist die Insufficiens des Beckenbodens. Die elastischen Elemente können angeboren minderwertig oder durch Überdehnung (Geburt) minderwertig sein. Je nach dem Grad des Vorfalles sind die Beschwerden der Frauen verschieden. In leichten Fällen belästigt er mindestens seine Trägerin durch ziehende Schmerzen im Unterleib und durch ein Druckgefühl nach unten beim Gehen und Arbeiten. Bei mittelgroßem Vorfall sind die Beschwerden schon erheblich größer. Die Frauen klagen über Kreuz- und Leibschmerzen. Die Nachbarorgane des Uterus werden von einer so schweren Störung, wie sie der Vorfall ist, in Mitleidenschaft gezogen. Die Schleimhaut der Vagina wird trocken,

epidermisartig. Es entwickeln sich Kolpitiden und Dekubitalulzera. Am schwersten sind die Erscheinungen von seiten der Blase, besonders wenn es zu einer Cystocelenbildung kam. Es kommt zu unvollkommener Urinentleerung, häufigem Harndrang, Blasenkatarrhen, von denen aus es aszendierend zur Infektion der oberen Harnwege kommt. So kann sich ein schweres Krankheitsbild entwickeln, das seine Ursache im Prolaps hat. Auch Rectocelen, die sich oft beim Vorfall finden, können der Patientin viele Beschwerden bereiten.

Im Gegensatz zu der Küstnerschen Meinung haben andere Autoren über die aetiologische Wertung des Stütz- und Halteapparates bei der Entstehung des Prolapses eine andere Ansicht. Nach Halban und Tendler ist bei allen Prolapsen eine Vergrößerung des Hiatus genitalis nach Länge und Breite, eine Atrophie, Zerreißung und Erschlaffung des Levator ani als Hauptursache des Prolapses anzusehen. Der muskuläre Beckenboden, daneben auch die Faszia vesico-vaginalis sind die Stützapparate des Uterus. Sie sind es, die dem intraperitonialen Druck Widerstand leisten und den Uterus in seiner Lage halten. In zweiter Linie erst, und zwar dann, wenn diese Stützen versagen, entfaltet der Bandapparat seine Wirksamkeit, die Gebärmutter zurückzuhalten.

Demgemäß hat die Behandlung des Scheidengebärmuttervorfalles von jeher besonderes Interesse gehabt. Die große Anzahl der operativen Methoden ist ein Beweis dafür, wie schwierig es ist, einen derartigen Zustand restlos zu beseitigen, ohne daß es zu einem Rezidiv kommt oder die Frau stark verstümmelt wird und vor allem die Fertilität eingeschränkt wird. Großer Wert müßte auf eine Prophylaxe beim Prolaps gelegt werden. Alle Schädlichkeiten, die erfahrungsgemäß zum Vorfall führen, müßten rechtzeitig beseitigt werden, wie Geburtsverletzungen. In vielen Fällen wird man durch eine Pessarbehandlung die operative Behandlung vermeiden können. In den meisten Fällen wird aber die Operation notwendig werden, sei es weil die Patienten eine Abneigung gegen ein Pessar haben, oder aber es nach Pessarbehandlung zu Kolpitiden und Scheidendekubitus gekommen ist. Der Verlust der elastischen Spannung der Gewebe ist irreparabel. Daher muß sich der Operateur darauf beschränken, die zum Prolaps treibenden Wirkungen des intraabdominellen Druckes auszuschalten und den Tragapparat durch Versteifen der unteren Blasenwand, der vorderen Rektumwand sowie Wiederherstellung des Beckenbodens wieder tragfähig zu machen.

In der ersten Zeit der Prolapsoperation beschränkte man sich darauf, die hintere Scheidenwand anzufrischen und den Introitus vaginae zu verlängern, um dadurch ein Tiefertreten des Uterus zu

verhindern. Diese Methode war völlig unzulänglich. Unter Hegars Führung entwickelte sich die Colpoperineorrhaphie, die in einer vorderen und hinteren Colporrhaphie bestand, wobei man zum erstenmal der Bedeutung des Dammes für die Prolapsentwicklung Beachtung schenkte. Je nachdem, ob es notwendig war oder nicht, wurde eine Cervixamputation mit dieser Operation verbunden. Sänger, Gersuny und H. Freund legten großen Wert auf ein weitgehendes Abpräparieren der Blase von der Cervix und ein Zurücknähen und Raffen derselben. Die Kombination der Septumnaht nach Sänger-Gersuny mit der Portioamputation, bzw. Cervixexzision verbunden mit der Herstellung eines hohen muskelkräftigen Dammes beherrschte lange Zeit hindurch die operative Praxis und erfuhr im Laufe der Zeit die mannigfachsten Modifikationen. Von diesen sind besonders erwähnenswert, die nach Neugebauer-Lefort, die in einer Colparraphia mediana besteht und eine Verengerung der Scheide und Verstärkung des Beckenbodens erstrebt. Hofmeier hat diese Operation besonders bei Prolapsrezidiven empfohlen. In seiner Arbeit „Prolapsoperationen nach Neugebauer-Lefort" stellte L. Schwabe alle ihm bekannten 87 Fälle, die nach Neugebauer-Lefort operiert waren, zusammen. Von 31 Frauen sind 14 nach einer genügend langen Beobachtungszeit nachuntersucht worden. Das Ergebnis waren 85,7 Dauerheilung. Mit allen diesen Operationsmethoden kann man erreichen, daß der Uterus zunächst nicht vor die Vulva tritt. Aber seine fehlerhafte Lage bleibt bestehen. Und mag die Scheide noch so verengt worden sein, der fehlerhaft gelegene Uterus wird immer wieder gegen die Operationsnarbe gedrückt, und es kommt über kurz oder lang zum Rezidiv. Deshalb hat man bei den Prolapsoperationen nach Methoden gesucht, die der kausalen Therapie, d. h. Lageverbesserung der Gebärmutter Rechnung tragen, damit der Uterus durch den abdominellen Druck nicht mehr in die Scheide hineingetrieben werden kann. Die verschiedenen Operationsmethoden entstanden aus der aetiologischen Wertung des Stütz- und Halteapparates bei der Entstehung des Prolapses. Küstner sieht in der Fehllage des Uterus die Hauptursache des Vorfalles. Es gilt die Unzulänglichkeit des Bandapparates zu verbessern. Dies wurde versucht, indem man bestrebt war, die Gebärmutter direkt oder indirekt zu fixieren, daneben wurde aber die Wiederherstellung des Scheidenverschlusses nicht vernachlässigt. Hierzu benutzt man Verfahren, bei denen der Bandapparat gekürzt oder der Uterus an der Bauchwand, am Promontorium, in der Scheide oder zwischen Scheide und Blase fixiert wird.

Die Kürzung der Ligamenta rotunda, die Alexander-Adamsche Operation schafft fast physiologische Verhältnisse, ist

leicht und gefahrlos. Eine Laparatomie ist nicht notwendig. Allerdings sieht man oft Rezidive, da trotz der Kürzung der Bänder nach der Operation wiederum eine Erschlaffung des Bandapparates eintreten kann.

Günstigere Erfolge hat die Ventrifixur. Ihr Nachteil besteht in der Laparatomie. Daher hat man sie nur dort gewählt, wo man wegen Verwachsungen und Verklebungen die Laparatomie machen muß. Die Vaginifixur will der Gebärmutter an der vorderen Scheidenwand einen festen Halt geben und dadurch gleichzeitig die Blase stützen. Sie läßt sich nur bei gut beweglichem Uterus durchführen. Weitere Nachteile der Vaginifixur sind häufig Funktionsstörungen der Blase. Bei jüngeren Frauen kommen sowohl Ventrifixur wie Vaginifixur wegen der vielen Gefahren in Schwangerschaft und unter der Geburt nicht in Frage. Für diese Frauen ist die die Schwangerschaft am wenigsten beeinträchtigende Operation der Alexander-Adams, da er dem schwangeren Uterus vollkommene Ausdehnungs- und Bewegungsfreiheit läßt. Dagegen ist dies bei der Ventri- und noch mehr bei der Vaginifixur nicht der Fall. Schon in der Schwangerschaft treten erhebliche Beschwerden auf, oft kommt es zu einer vorzeitigen Unterbrechung derselben. Wird aber die Schwangerschaft ausgetragen, dann steigern sich die Gefahren unter der Geburt. Falsche Einstellung des kindlichen Kopfes, regelwidrige Lagen und damit Gefahren für die Mutter, besonders Rupturgefahr sind zu erwarten. B u m m hat an Stelle der oben erwähnten Methoden die Collifixur gesetzt, da nach seiner Ansicht dadurch die Recidivgefahr herabgesetzt würde. Bei dieser Operation wird das Collum uteri an der Rektussehne befestigt und damit die normale Verankerung des Blasenbodens und des Gebärmutterhalses künstlich erreicht. Diese Fixur strafft die vordere Vaginalwand und beseitigt die Cystocele.

An Stelle des Alexander-Adams und der Ventrifixur ist die Promontorifixur die Operationsmethode, die der Schaffung normaler Verhältnisse am nächsten kommt. Zuerst von Küstner angewandt, stützt sie den erschlafften Bandapparat der Gebärmutter. Allerdings ist auch diese Methode nur bei beweglichem Uterus ausführbar. Die Erfolge dieser Operationsmethode sind sehr gut, nur besteht hierbei eine gewisse Ileusgefahr, da durch Strangulationsbildung zwischen die Stränge geschlüpfte Darmschlingen zum Ileus führen können. Alle bisher erwähnten Methoden belassen der Kranken die Konzeptionsmöglichkeit, wenn auch Schwangerschaft und Geburt bei den einzelnen Operationsverfahren nicht ohne Gefahr für die Mutter verlaufen können. Die nachfolgenden Methoden setzen eine Konzeptionsunmöglichkeit oder aber Gebär-

unfähigkeit voraus, obwohl ihre Erfolge unbestritten sind. Daher sind sie nur bei Frauen jenseits der Fertilitätsgrenze anwendbar oder beanspruchen vorangehende Sterilisation. Das älteste dieser Verfahren ist das von W. A. Freund. Hierbei wird der Uterus aus dem Douglas gestülpt und die hintere Uteruswand mit der vorderen, die vordere Uteruswand mit der hinteren Vaginalwand vernäht. Hieraus entwickelte Schauta seine Interpositio, die von Wertheim modifiziert wurde. Bei der Interpositio nach Schauta wird die vordere Peritonealplica eröffnet, die Ligamenta sacrouterina werden durch Schlingenbildung verkürzt und das Blasenperitoneum wird an den Fundus oder die hintere Corpuswand genäht. Die Bauchhöhle wird geschlossen, die Scheidenwundränder werden vereinigt, wobei der in dem Vesikovaginalseptum gelegene Uteruskörper mitgefaßt wird. Bei der Wertheim'schen Methode wird das ganze Corpus uteri in die Scheide gezogen und seine Hinterwand in die Längswunde der Scheide eingenäht. Auf diese Weise verhindert der Uterus das Tiefertreten der Blase und beseitigt damit die Cystocele. Die Erfolge dieser Methode sind bei geeigneter Auswahl der Fälle vorzüglich.

In der Annahme, durch Entfernung des Uterus den Prolaps beseitigen zu können, wird von vielen Operateuren der Uterus vaginal exstirpiert. Auch dieses Verfahren schützt nicht vor Recidiven, da es zu einem Prolaps vaginae kommen kann. Deshalb wurde von Fritsch und Martin außer dem Uterus auch noch die Scheide exstirpiert.

Labhardt hat zur Heilung des Prolapses bei Greisinnen die Kolpoperineokleisis angegeben, die durch völligen Verschluß der Scheide den Prolaps beseitigen sollten; aber auch hierbei sind Recidive zu beobachten, wie bei zwei vom Verfasser operierten Fällen beobachtet wurde.

Schwierig ist die Behandlung der großen und Totalprolapse, die mit ihren großen Beschwerden besonders von seiten der Blase und des Mastdarmes besondere Ansprüche auf die Wahl der Methode stellen. Hierbei kann die Schauta-Wertheim'sche Operation, von anderen wieder die Totalexstirpation der Gebärmutter in Erwägung gezogen werden. Küstner hat die Gebärmutter abdominell exstirpiert und die parametranen Wunden und die Scheide in die Bauchwunde eingenäht. Dadurch, daß die Scheide in beliebiger Höhe abgesetzt werden kann, ist es möglich, eine Straffung des vorderen Scheidengewölbes zu erreichen. Schließt man eine hintere Kolporraphie an, so ist der Prolaps damit beseitigt. Fränkel modifizierte diese Küstner'sche Methode in der Weise, daß er durch die vordere Scheidenwand Seidennähte legte, die er dann über allen Schichten der Bauchwunde knüpfte. (Ventrifixur der Scheide.)

Die Exohysteropexie nach Kocher, die von Friedrich Neugebauer vervollkommnet worden ist, besteht darin, daß der Uterus aus der Bauchhöhle herausgeleitet und in die Bauchwand eingelagert und befestigt wird. Eine Kolporraphie wird angeschlossen.

Zahlreich sind die Methoden, die angegeben sind, einen Prolaps zu beseitigen. Wenn wir aber die Dauerheilerfolge der einzelnen Operationsverfahren uns vor Augen führen, so sehen wir, daß keine von den angegebenen Methoden voll befriedigt. Dies ist auch nicht zu verwundern, wenn wir bedenken, daß der Prolaps eine Funktionsstörung darstellt, wir aber nur die anatomischen Zustände verbessern können. Jede Operationsmethode hat ihre Nachteile. Die eine hat eine zu große Recidivgefahr, die andere schafft Schwierigkeiten in der Schwangerschaft und bei der Entbindung, die dritte vernichtet die Konzeptions- und Gebärfähigkeit usw. So sagt Hofmeier noch 1916 zur Frage der Prolapsoperation:

„Es gibt keine Operation, die eine Dauerheilung unter Erhaltung der physiologischen Funktion ermöglicht."

A. Foces berichtet 1904 in seiner Arbeit:

„Erfolge der Septumnaht bei Prolapsoperationen nach Sänger-Gersuny" über 87 Fälle von nach dieser Methode operierten Frauen, von denen 50 nachuntersucht werden konnten. Davon bezeichnet er 72% als gut, 24% mit geringen Beschwerden, 4% als schlecht. 94% waren arbeitsfähig, in 24% der Fälle bestanden leichte Beschwerden. Die Erfolge der Methode nach Neugebauer-Lefort stellte L. Schwabe in seiner Arbeit „Prolapsoperation nach Neugebauer-Lefort" (Basel 1917) zusammen. Von 31 Fällen wurden 14 nachuntersucht, nach genügend langer Beobachtungszeit. Das Resultat war 85,7% Dauerheilung. Baatz stellt in einer Arbeit „Statistik aus der Königsberger Klinik" die Prolapsoperationen vor 1897 denen nach 1897 gegenüber. Vor 1897 wurde ohne Berücksichtigung des Uterus operiert, nach 1897 fügte man den Scheidenplastiken eine Uterusfixation hinzu (Alexander Adams, Ventri- oder Vaginifixur). 217 Frauen konnten nachuntersucht werden. Recidive wurden in leichte und schwere eingeteilt. Als leichte galten solche, bei denen beim Pressen das Heruntertreten der Scheidenwand nicht über den Introitus erfolgte, als schwere solche, bei denen innere Genitalien vor die Vulva traten. Von den 217 Operationen sind 102 reine Scheidenplastiken. Davon fanden sich 37% schwere, 13% leichte Recidive. Von 46 Frauen, bei denen dazu der Alexander-Adams gemacht wurde, waren 24 Recidive aufgetreten, bei der Vaginifixur 38 Nachuntersuchungen, davon 29 Prolaps-Dauerheilungen, 5 schwere und 4 leichte Recidive. Bei der Ventrifixur fand sich unter 21 nachuntersuchten Fällen nur 1 Reci-

div. Bracker gibt aus der Marburger Klinik 80% gute Resultate bei der Ventrifixur an. Die Bumm'sche Kollifixur hat nach Schäfer eine Dauerheilung von 87% bei einer Beobachtungszeit von 3 bis 5 Jahren. Über die Promontoriifixur berichtet Stöckel im Jahre 1922: Von 13 Fällen 1 Recidiv. Vorzügliche Dauerresultate weist die Interpositio auf. Mackenrodt berichtet über 176 Fälle, davon 1 Todesfall, die anderen gutes Resultat. Eine Breslauer Statistik aus dem Jahre 1917 führt 40 Fälle von nach Schauta-Wertheim Operierten auf. Davon 24 völlig geheilt und voll arbeitsfähig, 6 hatten leichtere Recidive, 5 lagen zwischen völliger Heilung und Rückfall, 2 Todesfälle. Schauta berichtet über 77% vollständige Heilung und Arbeitsfähigkeit. Ernst Klauß berichtet 66% Heilung. Bröse gibt in seiner Arbeit „Die Resultate der Prolapsoperation mit Interpositio uteri vesicovaginalis nach Schauta" wie folgt an: Es handelt sich um 40 Operierte, im Durchschnittsalter von 46 Jahren innerhalb von 8 Jahren. Die Beobachtungszeit betrug 8 Monate bis 6½ Jahre. Der Erfolg war 84,4% Heilung. Arbeitsfähig waren 94%. Klauß gab ein Bild von den Operationserfolgen nach Schauta-Wertheim durch eine Sammlung von Statistiken, Scherpenek sah bei Nachuntersuchung von 50 Frauen in der Leipziger Klinik 45 gute Erfolge. An der Schauta'schen Klinik sind 77% Dauererfolge zu verzeichnen. Petri berichtet über 70% Heilung. Thissen sah an der Kieler Klinik 91,3% Dauererfolge. In Gießen fand Schad 90% Heilerfolge. Braker fand in der Marburger Klinik bei 10 nachuntersuchten Fällen alle recidivfrei. Kramer findet 97,1% Heilung. Brand zählt 75,4% gute Dauerresultate, Markus (Heidelberg) 80%, Westermark 93% Dauererfolge. H. Feyerabend (Breslau) fand 75% einwandfreie Heilung. In der Münchener Poliklinik wurden von 1915 bis 1920 95 Vorfälle mit Interpositio behandelt. Davon wurden bei Nachuntersuchungen 92,4% Dauerheilungen festgestellt. Bei der Totalexstirpation nach Bumm berichtet Bumm über 90% Dauererfolge. Nach einer Statistik von Bröse hatte Bumm 1903 75%, Döderlein 80% Dauerheilungen.

Eine Unzahl von Operationsmethoden stehen dem Operateur bei der Behandlung des Prolapses zur Verfügung, und doch befriedigen sie nicht. Die einen haben den Nachteil, daß sie die Konzeptions- und Gebärfähigkeit unmöglich machen, die anderen bringen Gefahren bei einer abermaligen Schwangerschaft mit sich. Dazu kommt die Recidivgefahr, die fast bei allen Operationen vorhanden ist. Daher ist das Suchen nach neuen Operationsverfahren, die in idealer Weise einerseits den Prolaps beseitigen, anderseits die Patientin nicht verstümmeln und sie möglichst vor Recidiven bewahren, sehr groß. Das Verfahren, das bei Wahrung

der Fertilität den physiologischen Verhältnissen am meisten Rechnung trägt, ist die Operation nach Alexander-Adams. Leider befriedigen aber auch bei dieser Methode die Dauererfolge wenig. Infolge ihres Elastizitätsverlustes geben die runden Mutterbänder immer wieder nach. Sie sind als Haltezüge des Uterus allein auch nicht ausreichend. Von einer Operationsmethode, die allen an sie gestellten Anforderungen gerecht wird, wäre zu erwarten, daß sie den gesamten erschlafften Bandapparat des Uterus stützt oder aber an Stelle des insufficienten Bandapparates einen neuen setzt, der den Uterus in seiner normalen Lage hält und dabei die anatomischen Verhältnisse nicht viel verändert. Da jeder Prolaps mit einem Tiefertreten der Portio beginnt, so ist es notwendig, die Portio durch eine feste und haltbare Fixation am Tiefertreten zu verhindern. Die Schwierigkeit liegt allerdings darin, einen geeigneten Fixationspunkt für die Portio oder den unteren Uterusabschnitt zu finden. Das Ideal einer Operation für den Totalprolaps würde dasjenige Verfahren darstellen, welches uns die besten Dauerresultate liefert, ohne durch die neu geschaffenen Verhältnisse irgend etwas an dem normalen Zustand der Genitalien zu verkümmern.

Aus diesem Gesichtspunkt heraus, hat Schubert eine Operationsmethode angegeben, die den physiologischen und anatomischen Bedingungen Rechnung trägt. Sie kommt für alle Stadien des Prolapses in Frage. Die Generationsfähigkeit der Frau wird dadurch nicht beeinträchtigt. Sie kann daher in jedem Alter, also auch bei virginellem Prolaps angewandt werden. Da der Uterus dabei in normaler Lage fixiert wird, macht dieses Verfahren den Frauen keine Beschwerden. Recidive wurden bei dieser Methode trotz überstandener Schwangerschaft nicht beobachtet Im Jahre 1913 hat Schubert zum erstemal versucht, den insufficienten Bandapparat durch einen transplantierten Faszienstreifen zu ersetzen. In der Chirurgie findet die Faszientransplantation schon längere Zeit (1909) Anwendung. Die Faszie eignet sich sehr gut zur Einpflanzung, da sie wegen ihrer geringen Ernährungsansprüche leicht einheilt und in hohem Maße imstande ist, sich durch Bindegewebsneubildung zu verstärken. Am besten eignet sich für die Transplantation die Faszia lata am Oberschenkel. Kirschner benutzte sie zuerst bei Sehnendefekten. Im Laufe der Zeiten hat sich die Faszienüberpflanzung immer weitere Gebiete erschlossen. Sie diente gelähmten Muskeln als Zügel, parenchymatösen Organen als Fixationsmittel, zum Verschluß von Bruchpforten, Deckung von Bauchwanddefekten, Verschluß von Blasenfisteln. Bumm hat zuerst die Faszientransplantation in die Gynäkologie eingeführt. Er legte in einem Falle von Prolapsrecidiv ein Stück Faszia lata

als Querriegel zwischen die beiden absteigenden Äste des Schambeins und schuf so ein kräftiges Widerlager für die Blase. Nach ihm empfahl Menge, ein Streifenstück Faszia lata zur Unterfütterung des Blasenbodens zu benutzen. Nadorny verwandte die Faszie zur Verengerung des Scheideneinganges und sah dabei gute Erfolge. Er benutzte auch schon an Stelle der Faszia lata Rinderfaszie, die vorher in 5prozentiger Formalinlösung gehärtet und in 70prozentigem Alkohol sterilisiert wurde. Freund verpflanzte bei großen Vorfällen Fett und Faszie unter die Scheide und die Haut des Dammes. Das frei transplantierte Gewebe verheilte und bildete einen wirkungsvollen Widerstand gegen die andringenden Eingeweide. Polano hat die Portio durch Faszienbänder aus der Rectusfaszie fixiert, die er der vorderen Corpuswand aufnähte. Zahlreiche Tierversuche überzeugten Schubert davon, daß der Faszienstreifen nicht nur im regelrechten Wundbett, sondern auch in einem rings von Peritoneum umgebenen Kanal glatt und reaktionslos einheilt. Anfangs verwandte Schubert einen Faszienstreifen aus der Linea alba, später wurde ein Faszienstreifen aus dem Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel genommen. Da die Faser der Faszie in der Richtung des Querschnittes verläuft, erwies sich das hierbei gewonnene Band widerstandsfähiger und weniger zerreißlich als das aus der Linea alba. Wegen der Herniengefahr wurde aber auch dieses Verfahren aufgegeben und der Faszienstreifen aus der Faszia lata gewählt. Aus äußeren Gründen ging Schubert später dazu über, an Stelle des Faszienbandes aus der Faszia lata Faszienstreifen aus dem Perikard des Rinderherzens herstellen zu lassen und zu verwenden. Die Firma Braun-Melsungen stellt diese Streifen in einer für unsere Zwecke genügenden Länge und Breite her und bringt sie in Glastuben steril und gebrauchsfertig in den Handel.

Der Gang der Schubert'schen Operation ist folgender:

Nach Ausführung der scheidenverengenden Operation wird die Bauchhöhle durch Längs- oder Querschnitt geöffnet. Die Mitte des Faszienstreifens wird mit einigen Knopfnähten am Ansatz der Ligamenta sacro-uterina am Uterus fixiert. Eine lange Klemme wird beiderseits vom Hautschnitt aus in der Gegend des inneren Leistenringes durch die Bauchdecken und zwischen Ligamentum rotundum und Tubenansatz dicht neben den Uterus durch die Mesosalpinx hindurchgestoßen. Um jeder stärkeren Blutung aus der Mesosalpinx durch Zerreißung der Gefäße vorzubeugen, spaltet man zweckmäßig erst das Peritoneum zwischen zwei Pinzetten und drängt mittels einer Klemme das Gewebe schonend auseinander, bis die Spitze der Klemme auf der anderen Seite sichtbar wird. Die Klemme wird nun leicht geöffnet und mit einem Skal-

pell in das Maul durch das Peritoneum hineingestochen. Das freie Ende des Faszienstreifens wird nun in das Maul der geöffneten Klemme hineingeschoben und beiderseits vor die Bauchdecken vorgezogen. Die freien Schenkel der beiden Faszienbänder werden leicht angezogen und jederseits durch Knopf- oder fortlaufende Nähte subperitoneal innerhalb einer geschaffenen Plica auf der hinteren Ligamentplatte des Ligamentum latum fixiert. Das Faszienband muß in seinem ganzen abdominellen Verlauf mit Peritoneum überkleidet sein. Die beim Anziehen der Faszienbänder entstehende Faltung der runden Mutterbänder wird durch Nebeneinanderlagerung zur Peritonealisierung des Faszienstreifens benutzt. Beim Anziehen der Faszienstreifen muß man darauf achten, daß diese überall bis zum Austritt aus dem Abdomen dem Peritoneum glatt anliegen und nirgends ein Raum, der für den Durchtritt bzw. eine Strangulation von Eingeweiden geeignet wäre, zurückbleibt. Die Streifen werden hierauf angezogen und unter Kontrolle der Lage des Uterus miteinander und mit der Bauchdeckenfaszie vernäht. Die Bauchhöhle wird alsdann verschlossen.

Durch die Anheftung des Faszienstreifens in Höhe der Ligamenta sacrouterina wird der untere Uterusabschnitt emporgehoben, durch seinen Verlauf entlang den Uteruskanten, durch die Fixierpunkte am Ansatz der Tuben und runden Mutterbänder wird die Gebärmutter in normaler Anteflexionsstellung festgehalten. Die großen Vorteile der Schubert'schen Operation gegenüber den meisten anderen Operationsverfahren bestehen darin, daß

1. der Uterus in normaler Anteflexionslage fixiert wird, die der Patientin keine Beschwerden macht,
2. die Operation in jedem Alter, besonders bei jugendlichen Frauen ausgeführt werden kann, da sie die Konzeptions- und Gebärmöglichkeit nicht beeinträchtigt. Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ist ungestört,
3. der Vorfall in jedem Stadium danach behandelt werden kann. Besonders beim Totalprolaps hat sich diese Methode bewährt,
4. die Arbeitsfähigkeit völlig wiederhergestellt wird,
5. Recidive trotz überstandener Schwangerschaft nicht beobachtet worden sind. Auch bei größter Gewebsschwäche hat diese Operationsmethode Erfolge gehabt.

Seit 1913 hat Schubert bisher 233 Fälle von Prolaps operiert, darunter Frauen mit großen Prolapsen. Die nachfolgenden Zahlen sollen einen Überblick über die guten Operationsresultate der Schubert'schen Methode geben. Leider ist es infolge der besonderen Verhältnisse in Oberschlesien (Grenzziehung, Wegzug eines großen Teils des Patienten) nicht möglich gewesen, sämtliche Frauen nach-

zuuntersuchen. Der größte Teil der Patienten ist aber in verschiedenen Abständen nach der Operation nachuntersucht worden. Hierbei wurde auf den Erfolg der Operation besonders geachtet. In keinem Falle wurde ein Recidiv gesehen. Insgesamt hat Schubert nach seiner Methode 233 Fälle operiert. Davon waren 83 Fälle mit Prolaps ersten Grades, 97 mit Prolaps zweiten Grades und 53 mit Prolaps dritten Grades. Die Operationsmethode bestand in 35 Fällen in freier Transplantation (Oberschenkel- oder Bauchdeckenfaszie), in 198 Fällen wurde die Rinderfaszienmethode angewandt. Je nachdem, ob es notwendig war oder nicht, wurde eine vaginale Plastik vorangeschickt. Das Alter der Patienten bei der Operation betrug: 76 Frauen waren im Alter bis zu 30 Jahren, 89 im Alter von 30 bis 40 Jahren, 63 von 40 bis 50 Jahren, 5 waren älter als 50 Jahre. Die jüngste Patientin war 17 Jahre, die älteste 70. Nachuntersucht wurden systematisch 72 Frauen. Davon befand sich die eine mit Totalprolaps im 13. Jahre nach der Operation. Die übrigen Nachuntersuchungen erfolgten zwischen 3 bis 5 Jahren nach der Operation. Ein Teil der Frauen hat auf schriftliche Anfrage mitgeteilt, daß sie sich gesund fühlten. Bei den nachuntersuchten Frauen ist kein einziges Recidiv gefunden worden, obwohl uns von 21 Frauen bekanntgeworden ist, daß sie Schwangerschaften durchgemacht hatten. 11 Frauen waren bereits vorher anderwärts mit negativem Erfolg operiert worden, 1 davon zweimal. Bei allen nachuntersuchten Frauen wurde der Uterus in tadelloser Anteflexionsstellung gefunden. Beim Pressen blieb die Scheidenwand in situ. Eine Nachprüfung der Schubert'schen Methode wurde von Stöckel, Schmidt-Reichenberg und Hager-Troppau (20 Fälle von Totalprolaps) durchgeführt. Obwohl diese Fälle nicht veröffentlicht worden sind, wurde gelegentlich Schubert der gute Erfolg der Operation bestätigt.

Am Schluß meiner Arbeit danke ich noch ganz besonders Herrn Prof. Dr. Schubert, Beuthen, für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung.

Literatur

Schubert, G.: Die freie Faszientransplantation und ihre Verwendung in der Gynäkologie unter besonderer Berücksichtigung der Prolapsoperation. (Zeitschrift f. Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 82.)

Schwabe, L.: Prolapsoperationen nach Neugebauer-Lefort, Colporrhaphia mediana. (Monatsschrift für Geburtshilfe 44, H. 5 und 6.)

Wertheim: Prolapsoperation. (Ztbl. f. Gynäkologie 1916, Nr. 1.)

Freund, H.: Prolapsbehandlung, zugleich ein Fall von Faszien- und Fett-Transplantation. (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 107, H. 2.)

Klein, J.: Operation von Totalprolapsen nach W. A. Freund, ihre Modifikation, ihr Schicksal. (Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 74, H. 1.)

Stöckel, W.: Die Wertheim-Schlauta'sche Prolapsoperation. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 71, H. 1 und 2.)

Bauer, H.: Operative Behandlung der Retro flexio uteri und der großen Prolapse. (Wiener Med. Wochenschrift Nr. 19.)

Jolly: Operation des Prolapses uteri totalis. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 66, H. 1.)

Schubert, G.: Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. (Ztbl. für Gynäkologie 38, H. 1.)

Martin, A.: Zu den Prolapsfragen. (Zeitschr. f. Geburtshilfe 82, H. 1.)

Heidenhein: Prolaps und Retroversio. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 33, H. 4 und 5.)

Kroenig: Bemerkungen zur Prolapsoperation. (Archiv für Gynäkologie, Bd. 92, H. 1.)

Feyerabend, H.: Resultate der Interpositiv uteri beim Prolaps. (Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 43, H. 6.)

Flatan: Ein neuer Weg zur Verhinderung der Prolapsrezidive. (Ztbl. f. Gynäkologie.)

Wederhake: Zur Entstehung, Behandlung und Verhütung schwerer Gebärmuttervorfälle. (Ztbl. f. Gynäkologie 1917, Nr. 33.)

Benzel: Zur operativen Behandlung des Gebärmutter-Scheidenvorfalles. (Münch. Med. Wochenschrift 1918.)

Baatz: Resultate der Prolapsoperationen an der Königsberger Universitätsklinik. (Deutsche Med. Wochenschrift 1904, S. 1013.)

Foces: Erfolge der Septumnaht bei Prolapsoperationen. (Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 28, Ergänzungsheft.)

Schauta: Ausführungen über die Geschichte und die sehr guten Erfolge der Vesiko-vaginalen Interposition des Uterus. (Prager Med. Wochenschrift Nr. 41.)

Stallmach: Über die Entwicklung der Prolapsoperation unter besonderer Berücksichtigung der Schubertschen Faszientransplantation. (Inaug.-Dissert. Breslau 1922.)
Hofmeyer, M.: Über Schwangerschaft und Geburtsstörung nach antefixierenden Operationen am Uterus. (Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 46, H. 1.)
Braker, A.: Über die operative Behandlung des Genitalprolaps und ihre Dauerresultate. (Inaug.-Dissert. Marburg 1913.)
Halban: Operative Behandlung des weiblichen Genitalprolaps unter Berücksichtigung der Anatomie und Ätiologie.
Bröse, P.: Die Resultate der Prolapsoperationen mit Interpositio vesico-vaginalis nach Schauta-Wertheim. (Zeitschrift für Geburtshilfe, Bd. 66.)
Klauß, F.: Dauererfolge der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. (Ztbl. f. Gynäkologie Nr. 46.)
Küstner, O.: Lehrbuch der Gynäkologie.
Siegmund: Zur Collumamputation bei Genitalprolapsen. (Ztbl. für Gynäkologie, 62. Jahrg., Nr. 34.)
Schubert, G.: Zur Frage der Prolapsoperation. (Archiv für Gynäkologie, Bd. 120.)
— Die Operation des Prolapses und der Retroflexio uteri fixata nach Schubert. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 80.)

Lebenslauf

Ich, Fritz Nieslony, katholischer Konfession, bin am 4. September 1901 in Königshütte OS. als Sohn des Valentin Nieslony geboren. Von meinem 6. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule meiner Heimatstadt. Im Jahre 1913 trat ich in das Gymnasium in Königshütte OS. ein, welches ich im Jahre 1922 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Von 1922 bis 1928 studierte ich an den Universitäten Breslau, Würzburg und München Medizin und bestand 1928 das ärztliche Staatsexamen. Von 1928 bis 1931 war ich an den verschiedenen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Beuthen OS. zunächst als Medizinalpraktikant, später als Assistenzarzt tätig. Von 1931 bis 1934 war ich Assistenzarzt an der Prov.-Hebammenlehranstalt, früher Oppeln, jetzt Landesfrauenklinik Gleiwitz. In der Zeit von 1934 bis April 1936 war ich Oberarzt an der Landesfrauenklinik Gleiwitz. 1936 habe ich mich in Gleiwitz als Frauenarzt niedergelassen.